



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC) (ПР
ОГРАМА ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ)
ЛИСТ ПРО ПРИЗНАЧЕННЯ/ЗМІНИ WCCC

МІСЦЕВИЙ ОФІС	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
НОМЕР СПРАВИ	ДАТА

.....

ПАПКА

Ви маєте право на отримання дотацій на дитину, починаючи _____ й закінчуочи _____.

Будь-ласка, ознайомтесь із важливою інформацією на сторінці 2.

Ви маєте право на догляд з наступних видів діяльності: Робота Санкціонований перший вид активності Школа

Інше: _____.

На період з _____ до _____ ваш початковий місячний спільний платіж складає \$15.00.

Ваш щомісячний спільний платіж складатиме зміниться до \$ _____ на період з _____
по _____.

Спільний платіж є часткою суми догляду за вашою дитиною яку сплачуєте ви. Сума вашого спільного платежу залежить від кількості членів родини і вашого щомісячного доходу.

- | | |
|--|----------|
| 1. Кількість членів родини становить _____ | \$ _____ |
| 2. Сума сукупного заробленого доходу складає (перед сплатою податків) | \$ _____ |
| 3. Дохід від малого бізнесу (після всіх належних відрахувань) складає | \$ _____ |
| 4. Незароблений дохід (SSI, SSA, отримані суми на підтримку дитини) складає | \$ _____ |
| 5. СУКУПНИЙ ДОХІД (додайте верхні рядки 1-4) | \$ _____ |
| 6. Виплати на підтримку дитини складають | \$ _____ |
| 7. Визначте обчислений доход (відніміть рядок 6 від рядка 5) (обчислений доход застосовано з метою визначення права застосування й суми спільного платежу) | \$ _____ |
| 8. Сума спільного платежу обраховано наступним чином: | |

ОБЧИСЛЕННИЙ ДОХОД

Дорівнює або менше 82% Федерального Рівня Бідності (FPL)

\$15

Більше 82% й до 137.5% FPL

\$50

Більше 137,5% й до 225% FPL

ЩОМІСЯЧНИЙ СПІЛЬНИЙ ПЛАТІЖ

(Обчислений доход - 137.5% FPL) X .44 + \$50

Суму вашого спільного платежу змінено з причини (per WAC 388-290-0085);

- Визначений період скінчився.
 Ваш доход зменшився.

- Кількість членів вашої родини зазнала змін
 Інше (поясніть): _____

ПРИЗВИЩЕ РОБІТНИКА

НОМЕР ТЕЛЕФОНА/ФАКСА РОБІТНИКА

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE
ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ ВАМ НЕБХІДНО ЗНАТИ

Негайно поверніть вашому доглядачу всю необхідну йому інформацію. Доки не буде отримано всіх результатів перевірки стану сім'ї, ніякою суми за догляд, що виконував ваш доглядач у домашніх умовах/родич, не буде сплачено.

Не доручайте догляд за вашою дитиною (дітьми) за причини іншої ніж ті, що передіченні на першій сторінці цієї анкети, доки ви не домовитесь зі своїм доглядачем про те, що ви самі будете сплачувати за догляд. Якщо ви бажаєте брати участь у діяльності іншій, ніж та, що дозволена на першій сторінці анкети й бажаєте, щоб DSHS сплачувало за догляд вашої дитини, ви спочатку повинні зв'язатися з працівником, який забезпечує догляд за нею.

* Якщо ваша дитина потребує Спеціалізованого Догляду, відділ DSHS зможе збільшити виплати за догляд цієї дитини. Щодо додаткової інформації, зв'яжіться з уповноваженим працівником.

Якщо ви звертаєтесь з проханням про отримання допомоги за програмою WCCC або отримуєте її, ви берете на себе відповідальність:

- о Забезпечувати відділ інформацією для того, щоб ми мали змогу визначити ваше право й дозволили платити за догляд дитини безпомилково.
- о Обирати доглядача, який відповідає вимогам WAC 388-290-0125 і самому вживати заходи щодо догляду за дитиною.
- о Сплачувати, або уповноважити сплачувати когось іншого ваші спільні виплати за програмою WCCC безпосередньо доглядачеві вашої дитини. **Неспроможність виконання цієї умови може привести до припинення виплати дотації по догляду за дитиною.**
- о Вести точні записи щодо обслуговування та надавати їх за вимогою у разі, якщо ви обираєте догляд за дитиною в домашніх умовах/родичем.
- о Сплачувати вашому доглядачеві, що доглядає дитину в домашніх умовах/родичу всю суму, що відділ надсилає вам за такий догляд дитини.
- о Отримувати квитанцію про одержання будь-яких грошей, що ви сплачуєте вашому доглядачу. Щоб DSHS передивлялося ваше прохання про допомогу, ви повинні зберігати ці квитанції протягом року.
- о Протягом п'яти днів сповіщати уповноваженого працівника WCCC про будь-які заміни доглядачів.
- о Протягом двадцяти чотирьох годин повідомляти уповноваженого працівника по догляду за вашою дитиною про будь-які зміни, або надавати інформацію про провину вашого доглядача в домашніх умовах/родича, про яку ви дізналися.

Повідомляти уповноваженого працівника WCCC протягом десяти днів про зміни в:

- о Кількості необхідних годин по догляду (більше або менше годин);
- о Доході сім'ї, щоб урахувати припинення або початок виплат дотації TANF;
- о Кількості членів родини, наприклад, будь-який член родини в'їзджає або виїзджає з вашого дому;
- о Роботі, школі або діяльністі, санкціонованій TANF (початок, закінчення або заміна);
- о Адресі або номері телефону вашого доглядача в домашніх умовах/родича;
- о Вашій домашній адресі або номері телефону, або
- о Вашому правовому зобов'язанні щодо сплати підтримки дитини.

Не пізніше десяти днів повідомте вашого доглядача, якщо ви змінюєте санкціонування догляду за вашою дитиною.

Неспроможність своєчасного повідомлення про зміни може привести до переплати, або вам можливо доведеться платити більше ніж сума вашого звичайного внеску за догляд дитини.

ПРАВА НА СПРАВЕДЛИВИЙ РОЗГЛЯД СПРАВИ: Ви маєте право на справедливий розгляд справи. Щоб зробити запит щодо справедливого розгляду справи, зв'яжіться з цим офісом, або напишіть до Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2465. Ви можете зробити запит щодо справедливого розгляду протягом 90 днів з дня отримання цього рішення. Під час розгляду ви маєте право представляти себе, бути представленим адвокатом, або іншою людиною, яку ви оберете. Ви зможете отримати безкоштовну юридичну пораду або представництво, зв'явшись з офісом, що надає юридичні послуги. Ви зможете отримати право на постійну допомогу, очікуючи результатів справедливого розгляду.

МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ДЛЯ ВАШОЇ ДИТИНИ

Хіба ви не знали, що можете отримувати медичні й стоматологічні послуги для ваших дітей. Черги не існує, і все так просто, як 2x2!

1. Чи отримуєте ви яку-небудь іншу допомогу від штату, таку як продовольчі талони або допомогу готівкою?
 - о ТАК: Зателефонуйте службовцю по фінансах, який веде вашу справу й зробіть запит щодо медичних послуг для вашої дитини (дітей).
 - о НІ: Зателефонуйте безкоштовно за міжміським номером 1-800-204-6429 до Служби медичної допомоги дітям (Children's Medical assistance).
2. Забезпечте працівника необхідною йому інформацією, якщо ви отримали право. Ця інформація може бути вже відома працівникам, або вони зможуть отримати її по телефону.
3. Отримайте поштою медичну картку.

Не зволікайте з отриманням медичної послуги для вашої дитини, для цього вам потрібно лише зателефонувати!